

Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Historische Hintergründe und Empfehlungen für die therapeutische Arbeit

Lisa Schneider

Psychosoziale Frauenberatung donna klara e.v., Kiel

Zusammenfassung: Aufgrund ihres Wissens über die in der Geschichte der Psychotherapie aufgetretenen Diskriminierungen und Pathologisierungen homosexueller Lebensweisen haben lesbische Frauen einer Psychotherapie gegenüber häufig eine wachsam-skeptische Haltung. Um Erfolge in der Therapie mit dieser Klientinnengruppe zu erzielen, ist es entscheidend, ihrer Lebensweise gegenüber eine wertschätzende Grundhaltung einzunehmen, d.h., Homosexualität als eine der Heterosexualität gleichwertige, an sich nicht pathologische Variante des sexuellen Begehrens anzuerkennen und gleichzeitig die Unterschiede in den Erfahrungen lesbischer und heterosexueller Frauen nicht, z.B. in einer vordergründig wohlmeinenden Haltung politischer Korrektheit, zu leugnen.

Aufgrund ihrer Sozialisation in einer homosexualitätsdiskriminierenden Gesellschaft unterlaufen gelegentlich auch den bemühtesten TherapeutInnen unbeabsichtigte, für die Klientin aber oft schmerzhaft abwertungen und Diskriminierungen. Die Entwicklung einer größeren Sensibilität für dieses Thema kann hilfreich sein, besonders für das Gelingen der therapeutischen Beziehung.

1. Die spezielle Situation lesbischer Frauen in einer Psychotherapie

Die Situation lesbischer Frauen in einer Psychotherapie gleicht in vielen Aspekten der heterosexueller Frauen. Und doch ist sie auch anders. Der Schritt in die Psychotherapie ist natürlich auch für lesbische Frauen oft wichtig und bedeutsam, aber aufgrund von Verletzungen und schmerzhaften Erfahrungen mit dem „Anders-Sein“, mit Diskriminierung und Ausgrenzung auch ein Wagnis. Häufig fehlt die Zuversicht, mit dem „Anders-Sein“ auch wirklich angenommen zu werden. Dafür gibt es triftige Gründe: in der Geschichte der Psychotherapie ist es bis heute zu massiven Diskriminierungen und zu einer Pathologisierung homosexueller Lebensweisen gekommen, die den heute lebenden lesbischen Frauen in der Regel sehr präsent sind. Das Wissen um diese Hintergründe hat zusammen mit aktuellen Erfahrungen von Unverständnis und Ab-

wertung in psychotherapeutischen Kontakten oder entsprechenden Berichten über Therapieerfahrungen aus dem Bekanntenkreis und der Subkultur bei vielen Lesben zu einer wachsam bis skeptischen oder auch ablehnenden Haltung zur Psychotherapie und damit oft auch zur Vermeidung notwendiger therapeutischer Hilfe geführt.

Um diese skeptische Haltung und auch das Selbstverständnis lesbischer Frauen aus verschiedenen Generationen für TherapeutInnen besser nachvollziehbar zu machen und um allgemein zur Verbesserung therapeutischer Fachkompetenz in der Arbeit mit lesbischen Frauen beizutragen, erscheint es uns sinnvoll, zunächst die geschichtlichen Hintergründe genauer in den Blick zu nehmen.

In einem zweiten Schritt möchten wir dann auf dem Hintergrund des aktuellen Erkenntnisstandes Empfehlungen für die

praktische Arbeit mit lesbischen Frauen zur Diskussion stellen.

2. Die gleichgeschlechtliche Orientierung in der Geschichte der Psychotherapie

Die in der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung lange Zeit vorherrschenden homosexuellen- und lesbenfeindlichen Einstellungen (Homosexualität als Sünde, Verbrechen, Laster), und das Ignorieren speziell der weiblichen Homosexualität fanden ihren Niederschlag auch in der Geschichte der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. In einer z.T. wohlmeinenden Haltung wurde Homosexualität im Verlauf des 20. Jahrhunderts in diesen Disziplinen zur Krankheit deklariert und damit entkriminalisiert. Statt eines Verbrechens oder einer Sünde wurde Homosexualität jetzt als Perversion, abnormes Verhalten, als Charakterstörung oder als Zeichen einer defizitären Persönlichkeitsentwicklung, ihre Entstehung als erklärungsbedürftig und die gleichgeschlechtliche Orientierung als heilungsbedürftig betrachtet. (Falco, 1993; Gissrau, 1993 a; Zeul, 1993; Poluda, 2000; Wiesendanger, 2001; Rauchfleisch et al., 2002).

Bei den Versuchen, das Entstehen einer Homosexualität zu erklären, nahm die Psychoanalyse eine zentrale Rolle ein. Als älteste Form der Psychotherapie und als diejenige Therapieform, die über das ausführlichste Psychotherapiekonzept verfügt, hatte sie entscheidenden Einfluss auf die Mehrzahl der anderen Therapieschulen. (Eden & Woltereck, 1993).

Freud selbst, der den Menschen ursprünglich als in seinem Wesen bisexuell verstand, entwickelte keine umfassende

Theorie der weiblichen Homosexualität. Es lassen sich nur einzelne Bemerkungen in verschiedenen seiner Schriften finden, die voll von Widersprüchlichkeiten sind. Er schwankte zwischen Akzeptanz und tiefgreifenden Einsichten einerseits und massiven pathologisierenden Abwertungen der Homosexualität andererseits (Gissrau, 1993 a). Seine NachfolgerInnen ließen dann in einer unbewussten Identifizierung mit den anti-homosexuellen gesellschaftlichen Normen in ihren Theorieansätzen zur Entstehung der Homosexualität – zumeist war nur von der männlichen Homosexualität die Rede – eine überwiegend ambivalente bis ablehnende Haltung durchblicken.

Im psychoanalytischen Krankheitsmodell werden – kurz zusammengefasst – die Störungen bei Schwulen und Lesben auf einen frühkindlichen Konflikt in der ödipalen Phase zurückgeführt, welcher aber nicht normal gelöst werden könne, sondern in einen „negativen Ödipuskomplex“ münde. Das führe erstens zu einer Abkehr von der Heterosexualität und zweitens zu schweren Charakter- bzw. Persönlichkeitsstörungen. Es komme zu Fixierungen in der psychosexuellen oder der Ich-Entwicklung. Die normale Entwicklung führe dagegen zur reifen heterosexuellen Entwicklungsstufe und zum reifen Ausdruck der Heterosexualität (Wiesendanger, 2001).

Dieses „Grundprinzip“ bildet den Hintergrund für vielfältige spezifischere psychoanalytische Aussagen zu den funktionellen und Entstehungsfaktoren einer gleichgeschlechtlichen Orientierung. Sie sei z.B. Ausdruck oder Reparationsversuch einer gestörten Identität, Ausdruck einer gestörten Beziehung zur Mutter, ein Hilfs-Arrangement, das den drohenden psychischen Tod gerade noch verhindere, sie diene der Abwehr von Depression und Ängsten, der Abwehr von Kastrationsängsten und Penisneid (Alves, 1993; Eden & Wolterreck, 1993; Gissrau, 1993 a, b; Poluda, 2000).

Als weitere mitwirkende Faktoren kämen mangelnde Voraussetzungen bei den Eltern, traumatische Erfahrungen, Frustrationen, heterosexuelle Enttäuschungen, Verführungen etc. hinzu (Falco, 1993).

Der geringschätzenden Theorienbildung zur Homosexualität und dem pathologisierenden und defizitgeleiteten Ansatz entsprechend wurde als Ziel der psychoanalytischen Behandlung eine Heilung bzw. Veränderung zur Heterosexualität angestrebt, auch dann, wenn der von der/dem Patientin/en vorgetragene Anlass für die Aufnahme einer Analyse ein ganz anderer war. Hintergrund dafür ist die psychoanalytische Grundannahme, dass den PatientInnen ihre wirklichen Probleme nicht bewusst seien. Nicht die vorgebrachten Probleme, sondern die abnorme Partnerwahl stehe im Zentrum der Pathologie, so dass der Erfolg der Behandlung überwiegend darin liege, diese Abnormalität zu bearbeiten (Zeul, 1993).

Dass sich die psychoanalytische Sichtweise der weiblichen Homosexualität so lange halten konnte, hing neben ihrem großen Einfluss auf die Sozial- und Humanwissenschaften auch mit ihrer speziellen Methode der Erkenntnisgewinnung zusammen. Die Krankheitstheorien der Psychoanalyse über weibliche Homosexualität basierten ausschließlich auf Beobachtungen der äußerst kleinen und einseitig ausgewählten Stichprobe der lesbischen AnalysepatientInnen, ohne dass PsychoanalytikerInnen sich auch nur im geringsten mit gesunden, nicht psychisch gestörten Lesben beschäftigt hätten, ein Vorgehen, das heute als wissenschaftlich unhaltbar gilt (Gissrau, 1993 b; Zeul, 1993; Rauchfleisch et al., 2002).

Andere Therapieschulen haben anders als die Psychoanalyse keine eigenen Theorieansätze zur Entstehung einer gleichgeschlechtlichen Orientierung entwickelt, sondern neben unreflektierten gesellschaftskonformen Alltagstheorien teilweise die Annahmen der Psychoanalyse unkritisch in ihre therapeutische Praxis einfließen lassen.

Die Verhaltenstherapie hat in ihrer Geschichte zwar keine spezifischen Erklärungsmodelle zur Entstehung von Homosexualität entwickelt, wohl aber Therapieansätze zur „Umpolung“ von Homosexuellen. In ausgesprochen gewalttätigen Interventionen wurde versucht, durch Konditionierungsverfahren, speziell durch Aversions-

therapien, mit Hilfe von Elektroschocks oder Übelkeit erzeugenden Medikamenten eine Abneigung den eigenen homosexuellen Impulsen gegenüber und als Folge ein heterosexuelles Verhalten zu erzeugen. Alle Versuche dieser Art haben ihr Ziel nicht erreicht (Wiesendanger, 2001).

3. Neuere Erkenntnisse und theoretische Entwicklungstrends

Durch das Aufkommen der Frauenbewegung und der Schwulen- und Lesbenbewegung und durch deren politische Arbeit seit den 70er und verstärkt den 80er Jahren hat ein Umdenken stattgefunden (Rauchfleisch et al., 2002). Unter dem Einfluss dieser neuen Emanzipationsbewegungen wurde den „Schreckensvisionen“ (Gissrau, 1993 b), die die Psychoanalyse von der Homosexualität gezeichnet hatte, neue Ergebnisse der psychologischen und soziologischen Homosexualitätsforschung entgegengestellt, die zu vielen ganz anderen Ergebnissen kamen. Sie setzten einen Trend zur Entpathologisierung von Homosexualität in Gang. Ausdruck dieses Umdenkens ist u.a. die Tatsache, dass 1987 von der APA (American Psychiatric Association) im Diagnose-System DSM III – R und 1991 von der WHO in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Homosexualität als Diagnose einer psychischen Störung gestrichen worden ist (Wiesendanger, 2001; Rauchfleisch et al., 2002).

3.1 Der Einfluss der Frauen- und der Schwulen- und Lesbenbewegung

Seit Mitte der 80er Jahre werden dann auch Konzepte wie z.B. eine Psychologie der lesbischen Liebe oder spezielle Fragestellungen im Zusammenhang mit Psychotherapie von lesbischen Klientinnen ernsthaft diskutiert (Falco, 1993). Die Frauen- und Lesbenbewegung und ihr nahestehende Fachfrauen der psychologischen und Sozialwissenschaften verweben sich zunehmend auf produktive Weise miteinander, was zu einem fruchtbaren Erkenntnisgewinnungsprozess und Pionierarbeit führte.

In der Frauen- und der Lesbenbewegung hatten sich – z.T. auch in deutlicher Ab-

grenzung von der männlich dominierten Homosexualitätsforschung – verschiedene politisch-ideologische, aber immer auch kritisch reflektierte Trends in der Betrachtung der lesbischen Orientierung herausgebildet (Blessing, 1990; Dürmeier, Eden & Günther, 1990; Eden & Woltereck, 1990; Geier & Blessing, 1992; Falco, 1993; Streit, 2001).

Die lesbische Liebe wurde nicht mehr als Abwendung vom Mann verstanden, sondern als Hinwendung zur Frau und damit auch als eine Auflehnung gegen die „Zwangsheterosexualität“. Dabei trat die primär sexuelle Komponente des Lesbisch-Seins stärker in den Hintergrund zu Gunsten eines Verständnisses als eine umfassende Lebensform. Das Lesbisch-Sein erfuhr eine radikale positive Umwertung bis hin zur Selbstidealisierung. Es galt innerhalb der Frauen- und Lesbenbewegung jetzt als eine attraktive, fortschrittliche Lebensweise. Besonders die sogenannten „politischen Lesben“, die sich aus politischer Überzeugung auch in der Sexualität Frauen zuwandten, sahen im Lesbisch-Sein eine vorbildliche und überlegene, in aller Konsequenz frauenorientierte und damit wirklich feministische Lebensweise („Feminismus ist die Theorie, Lesbisch-Sein die Praxis“).

Die Hinwendung zu Frauen auch in der Sexualität wurde als bewusste und freie Wahl betrachtet, die in dem Moment möglich wird, wo das eigene gesellschaftlich und individuell tabuisierte lesbische Begehren nicht mehr abgewehrt werden muss. Diese Auffassung stand damit im Gegensatz zu älteren, vor allem in den Kreisen der männlichen Homosexualitätsforschung immer wieder vertretenen Ansicht, die sexuelle Orientierung stehe in Zusammenhang mit einer genetischen Veranlagung (wie z.B. bei Rauchfleisch et al., 2002).

In Abkehr von defizitorientierten Auffassungen wurde der Blick verstärkt auf die spezifischen Stärken lesbischer Frauen gerichtet. Es wurde eine besondere Fähigkeit und (Ich-) Stärke darin gesehen, dass lesbische Frauen ein beachtliches Quantum an Nonkonformismus und Eigenwilligkeit aufbrachten, um ein Leben wider

alle Konvention und Normen, d.h. auch im Angesicht von Sanktionen und Gefährdungen zu gestalten.

Der Druck zur traditionellen „Weiblichkeit“ wurde von der Mehrzahl der lesbischen Frauen abgelehnt. Sie versuchten, sich bewusst von traditionell „weiblichen“ Verhaltensweisen und „weiblichem“ Aussehen abzugrenzen, verhielten sich also nicht geschlechtsrollenkonform und gerieten dadurch eher in die Gefahr, pathologisiert zu werden.

Durch die Frauenbewegung wurde auch der Weg frei zu einer stärkeren Differenzierung zwischen weiblichen und männlichen Homosexuellen. Zwar sind beide Gruppen durch gesellschaftliche Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung betroffen, unterscheiden sich aber ansonsten in ihren Lebensweisen und der Gestaltung der Liebesbeziehungen beträchtlich voneinander.

3.2 Das Coming-out

In der Schwulen- und Lesbenbewegung rückte zunächst das „Coming-out“ als „der Mittelpunkt der homosexuellen Entwicklung“ (Wiesendanger, 2001, S. 61) ins Zentrum der Aufmerksamkeit. „Der Entwicklungsprozess des Coming-out umfasst einen innerpsychischen Vorgang, nämlich das Gewahrwerden und die schließliche Gewissheit, lesbisch oder schwul und nicht heterosexuell zu sein, und eine soziale Dimension, bei der es um den Weg geht, sich entsprechend der sexuellen Orientierung zunehmend auch in der Öffentlichkeit zu präsentieren und einen eigenen Lebensstil zu finden“ (Wiesendanger, 2001, S. 61).

Es wurde versucht, die unterschiedlichen Herausforderungen, die Schwule und Lesben in einer homosexualitätsfeindlichen Gesellschaft zu bewältigen haben, genauer zu beschreiben und dementsprechend den Prozess des Coming-out in verschiedenen Schritten zu beschreiben (z.B. Geier, 1992; Wiesendanger, 2001). In diesem Prozess gilt es, die Zugehörigkeit zu einer verachteten Minderheit in das eigene Selbstbild zu integrieren (Dannecker, 2001).

3.3 Heterosexismus, Homophobie und internalisierte Homophobie

Um die gesellschaftliche Ablehnung der Homosexualität begrifflich prägnant fassen zu können und sie als Diskriminierung und eklatantes Unrecht deutlich zu kennzeichnen, wurde der Begriff des „Heterosexismus“ geprägt. „Heterosexismus ist ein gesellschaftliches und institutionalisiertes Denk- und Verhaltenssystem, welches Heterosexualität anderen Formen sexueller Orientierung gegenüber als überlegen klassifiziert“ (Wiesendanger, 2001, S.27). Der Heterosexismus ist eine allgegenwärtige, meist unreflektierte gesellschaftliche Umgangsform, der sich niemand entziehen kann. Er führt zur „Homophobie“, ein weiterer zentraler Begriff. „Homophobie bezeichnet eine soziale, gegen Schwule und Lesben gerichtete Aversion, welche mit Emotionen der Abscheu, des Ärgers und der Angst einhergeht“ (Wiesendanger, 2002, S. 27). Die homophoben Einstellungen in einer heterosexistischen Gesellschaft werden in unterschiedlichem Ausmaß von deren Mitgliedern, also auch von den Homosexuellen selbst, übernommen und führen so zur „internalisierten Homophobie“, zur bewussten oder unbewussten Abwertung der eigenen homosexuellen Tendenzen. Die internalisierte Homophobie drückt sich dann in Zweifeln, Unsicherheit, Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstablehnung bzgl. der eigenen Wünsche und Impulse aus und zieht erhebliche innere Konflikte, besonders in der Phase des Prä-Coming-out, nach sich (Falco, 1993; Gissrau, 1993 b; Wiesendanger, 2001; Rauchfleisch et al., 2002).

3.4 Vergleiche zwischen lesbischen und heterosexuellen Frauen

Aufgrund einer gesellschaftlichen Tendenz zum Ignorieren der Bedürfnisse von Frauen allgemein, wurden lesbische Lebensweisen im Vergleich zur männlichen Homosexualität erst sehr viel später Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Erst in den 80er Jahren wurden gleich viele Studien zur weiblichen und männlichen Homosexualität publiziert. Bis dahin wurden Angaben über lesbische Frauen oftmals von Daten, die für schwule Männer galten, abgeleitet (Schreurs, 1994).

Auf Seiten der psychologischen- und der Sozialwissenschaften wurde in zahlreichen Forschungsarbeiten das Krankheitsmodell der Homosexualität mehr als hinreichend widerlegt. In Vergleichen zwischen lesbischen und heterosexuellen Frauen ging es immer wieder um die Frage, ob lesbische Frauen psychisch gestörter sind als heterosexuelle. Diese Frage hat zwei Aspekte: zum einen ging es darum, ob – wie die älteren psychoanalytischen Ansätze es postulieren – Homosexualität an sich krankhaft, d.h. Homosexualität Ursache psychischer Krankheitssymptome ist. Zum anderen galt es zu klären, ob und in welchem Ausmaß bei Homosexuellen ihre Diskriminierung und die damit verbundenen erhöhten Belastungen Ursache für psychische und soziale Störungen sind. Insgesamt stellte sich heraus, dass lesbische Frauen psychisch nicht gestörter sind als heterosexuelle, in bezug auf einzelne Indikatoren für psychische Gesundheit sogar besser abschnitten als heterosexuelle Frauen. U.a. ergab sich eine positive Korrelation zwischen psychischer Gesundheit und dem Ausmaß an Offenheit bezüglich der eigenen homosexuellen Orientierung. In der Phase vor dem Coming-out zeigten sich aber besonders Mädchen und junge Frauen psychisch belasteter und befanden sich häufiger in psychischen, z.T. suizidalen Krisen (Falco, 1993; Gissrau, 1993 b; Rauchfleisch et al., 2002).

3.5 Lesbische Identität

Mit wachsender gesellschaftlicher Bewusstheit über Homosexualität veränderte sich der Brennpunkt der Aufmerksamkeit von der Suche nach Ursachen der sexuellen Orientierung zu Bemühungen, den Entwicklungsprozess hin zu einer „homosexuellen bzw. lesbischen Identität“ zu beschreiben (Falco, 1993). Es ging dabei um eine Stärkung der inneren Übereinstimmung der Lesben und Schwulen mit der eigenen sexuellen und emotionalen Präferenz und damit um die Stärkung des Selbstwertgefühls in einer allseits heterosexuell organisierten und homosexualitätsfeindlichen Umwelt. Diese Stärkung sollte u.a. auch das Coming-out erleichtern (Rauchfleisch et al., 2002).

Es wurden Phasenmodelle erarbeitet, die einen typischen Entwicklungsprozess hin zu einer homosexuellen Identität beschreiben sollten. Untersuchungen zeigten aber, dass bei Lesben im Unterschied zu Schwulen der Prozess der Identitätsbildung individuell sehr unterschiedlich verläuft und sich nicht in starre Phasenmodelle pressen lässt (Schreurs, 2001).

Das Konstrukt der „homosexuellen Identität“, das zum ersten Mal in den 70er Jahren auftauchte, ist darüber hinaus nicht klar definiert und nimmt unterschiedliche Bedeutungen an. (Falco, 1993). Es geht dabei zunächst um eine Unterscheidung zwischen nach außen hin sichtbarer sexueller Aktivität, die von vielen homosexuell empfindenden Menschen oft gar nicht gelebt wird, und dem inneren Selbstbild, dem Selbstgefühl, der Selbstdefinition als homosexuell bzw. lesbisch. Es kann am ehesten als ein Konzept bzw. eine Überzeugung von sich selbst betrachtet werden, die mit dem realen Verhalten, mit Interessen oder Zuneigungen mehr oder weniger kongruent sein kann (Falco, 1993).

Von feministischer Seite wird die Entwicklung einer nicht pathologisierenden Theorie der lesbischen Identitätsentwicklung eingefordert, in der das Lesbisch-Sein als Ergebnis einer als positiv bewerteten Entscheidung für eine Lebensform gesehen wird (Eden & Wolterreck, 1990).

3.6 Definition des Lesbisch-Seins

Identität impliziert aber ein gewisses Maß an Kontinuität und Rigidität (Falco, 1993). In der heutigen Alltagsrealität und in der aktuellen Forschungsliteratur beginnt sich jedoch abzuzeichnen, dass unter der größer werdenden gesellschaftlichen Akzeptanz zunehmend häufiger die sexuelle Orientierung im Verlauf des Lebens (auch mehrfach) gewechselt wird (sequentielle Homo- und Heterosexualität) (Düring, 1994) und dass in einem Individuum gleichzeitig homo- wie heterosexuelle Tendenzen vorliegen können (Bisexualität).

Die sexuelle bzw. die Geschlechtspartnerorientierung lässt sich nicht mit Hilfe einer

Workshop

Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen

**Prof. Lorna
Smith Benjamin**

**Freitag, 9. März 2007 –
Sonntag, 11. März 2007**

**in der Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16,
10969 Berlin**

Frau Prof. Lorna Smith-Benjamin demonstriert ihre bindungstheoretisch fundierte Behandlung „therapieresistenter“ Patienten (passiv-aggressive, zwanghafte, Borderline-, paranoide u. a. Persönlichkeitsstörungen, chronische Depression, Angst, Suizidalität). Auf der Grundlage ihrer Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) entwickelte sie die Interpersonale Rekonstruktive Therapie (IRT), die alle klinischen Essentials der Psychoanalyse, der kognitiven Verhaltenstherapie und der Gesprächstherapie vor dem Hintergrund der Bindungstheorie zu einem hochgradig aktiven Ansatz vereinigt.

Veranstalter:

Förderverein für Psychosomatische
Medizin. e. V.

Kosten:

bis zum 19. Januar 2007 240,00 EUR
nach dem 19. Januar 2007 280,00 EUR

Bankverbindung:

Zahlungsempfänger: Förderverein
für Psychosomatische Medizin e. V.
Deutsche Bank Düsseldorf
BLZ 300 700 24
Kto. Nr. 639 01 08
Stichwort: LSB-Workshop, Berlin

Anmeldung:

Möglichst per E-Mail, ansonsten per Fax
an: Frau Petra Grabowski Sekretariat
Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress
Klinisches Institut und Klinik für
Psychosomatische Medizin und Psycho-
therapie der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstraße 2,
40629 Düsseldorf
Tel. 0211 922-4701
Fax 0211 922-4707
E-Mail petra.grabowski@lvr.de

Sprache:

Englisch/Deutsch

Von beiden
Kammern
zertifiziert
(ca. 25
Fortbildungspunkte)



In Verbindung mit
dem Klinischen Institut
und der Klinik für
Psychosomatische Me-
dizin und Psychothera-
pie der Heinrich-Heine
Universität Düsseldorf



dichotomen Aufteilung beschreiben, sondern mittels eines Kontinuums zwischen den Extrempolen der ausschließlich homosexuellen und ausschließlich heterosexuellen Ausrichtung (Rauchfleisch, 2002).

Eine neuere Untersuchung von Wiesendanger (1998) kommt z.B. zu dem Ergebnis, dass das innere Erleben von gleichgeschlechtlichen Gefühlen, Bildern, Phantasien etc. bei den von ihm untersuchten weiblichen Psychotherapeutinnen nur bei 70,8 % ausschließlich heterosexuell und nur bei 2,3 % ausschließlich lesbisch ist. 26,9 % der befragten Frauen lagen auf einem Kontinuum dazwischen.

Des Weiteren wurde belegt, dass keine eindeutigen Korrelationen zwischen lesbischem sexuellen Verhalten, lesbischen Empfindungen und Interessen, emotionalen Bindungen zu Frauen und einer lesbischen Selbstdefinition feststellbar sind (Falco, 1993), so dass Definitionen für eine lesbische Orientierung schwierig sind. Neuere Definitionsversuche von Homosexualität sind dementsprechend Bündelungen verschiedener für die Geschlechtspartnerorientierung relevanter Facetten oder Faktoren. Sie beziehen sich nicht ausschließlich auf das nach außen sichtbare Sexualverhalten, sondern beziehen auch das innerpsychische Empfinden (erotische und sexuelle Bilder, Phantasien etc.), die emotionalen Bindungen, den Lebensstil und das Eigenverständnis in die Definition mit ein (Rauchfleisch et al., 2002).

Dementsprechend erscheint es zu stark vereinfacht zu sein, von der Homosexualität oder der (homogenen) Gruppe der Lesben oder Schwulen zu sprechen, sondern eher sinnvoll, von einem Ausprägungsgrad der Homosexualität bei jedem einzelnen Individuum auszugehen. Eine solche Sichtweise impliziert die Chance einer freieren Identitätsentwicklung jenseits von starren Rollenbildern, allerdings um den Preis des ständigen Konflikts mit einer Umwelt, die die Übernahme einer eindeutigen Rolle von einem Individuum erwartet. Es bleibt abzuwarten, wie der Diskurs über „lesbische Identität“ sich angesichts dieser Tendenzen weiterentwickeln wird.

3.7 Neuere psychoanalytische Ansätze

Den Sichtweisen psychoanalytischer AutorInnen kommt nach wie vor eine gewisse Bedeutung bei, da die Berufsgruppe der tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden PsychotherapeutInnen einen großen Teil des Therapiemarktes in Deutschland abdeckt und die psychoanalytische Theoriebildung nach wie vor von vielen anderen Therapieschulen in Ermangelung eigener Ansätze in beträchtlichem Ausmaß übernommen wird.

Da die PsychoanalytikerInnen ihrerseits Erkenntnissen nicht-psychoanalytischer Herkunft gegenüber traditionsgemäß wenig aufgeschlossen sind, hat sich die jüngere AnalytikerInnen-Generation – gegen Widerstände in den eigenen Reihen – auch erst relativ spät und nur vereinzelt mit den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur lesbischen Orientierung auseinandergesetzt.

Gissrau stellt fest, dass es kaum einen neuen und geschlossenen psychoanalytischen Versuch gibt, die Theorie der weiblichen Homosexualität und Heterosexualität zu reformulieren. Die althergebrachten pathologisierenden Annahmen stellen zum großen Anteil immer noch unwiderrufene Lehrmeinungen dar (Gissrau, 1993 b).

So stehen noch 1993 in einer Aufsatzsammlung (Alves, 1993) von psychoanalytischen Beiträgen zum Thema „lesbische Liebe“ Lesben-wertschätzende Arbeiten und Artikel, die als Prototypen einer pathologisierenden Sicht auf lesbische Frauen gelten können, ohne kritische Kommentierung nebeneinander.

Bei den Lesben-wertschätzenden Ansätzen zeigen sich derzeit zwei Tendenzen. Ausgehend von den neuesten Ergebnissen der Sozialforschung und eigenen Untersuchungen unternimmt Gissrau (1993 a, b) den Versuch, eine eigene tiefenpsychologische Theorie der lesbischen Entwicklung aufzustellen. Sie begreift die weibliche Homosexualität dabei einfach als eine unter verschiedenen Lebensweisen. Sie geht davon aus, dass es besondere Weichenstellungen in der psychosexuellen

Entwicklung von später lesbischen Frauen gibt, d.h. sie sucht – in nicht pathologisierender oder anderweitig abwertender Weise – nach verallgemeinerbaren lebensgeschichtlichen Ursachen für die lesbische Orientierung, wie sie es auch für die heterosexuelle Orientierung für angebracht hält.

Poluda-Korte (1993) geht davon aus, dass vom Kind aufgrund einer grundsätzlichen Bisexualität beide Eltern sexuell begehrt werden. Dementsprechend unternimmt sie den Versuch, den sogenannten „negativen weiblichen Ödipus-Komplex“, (das Rivalisieren der kleinen Tochter mit dem Vater um die begehrte Mutter) theoretisch neu zu fassen. Sie wählt dabei den Begriff „lesbischer Komplex“ als Bezeichnung für den verschleiern und abwertenden Terminus des „negativen weiblichen Ödipus-Komplexes“, um damit die sexuelle Liebe der Tochter zur Mutter direkt zu benennen (Poluda-Korte, 1993). Wie der „Ödipus-Komplex“ stellt der Begriff des „lesbischen Komplexes“ ein Instrument zur Analyse der psychosexuellen Entwicklung des Mädchens dar. Er ermöglicht es, das Entstehen der Abwehr gegen weibliche Homosexualität besser zu verstehen und Wege zu deren Re-Integration zu finden.

In einem weiteren aufschlussreichen Artikel (Poluda, 2000) analysiert sie das negativ getönte Bild der lesbischen Frau in neueren psychoanalytischen Falldarstellungen, in denen in altbewährter psychoanalytischer Tradition die psychischen Probleme der Patientinnen mit der lesbischen Orientierung in Zusammenhang gebracht werden. Sie zeigt auf, dass die von ihren heterosexuellen Kolleginnen (McDougall, Halenta, Siegel, Kestenberg) analysierten und als „typische“ oder „richtige“ lesbische Patientinnen vorgeführten Frauen der einzelnen Analytikerin sich zwar jeweils untereinander stark zu ähneln scheinen, diese Gruppen „typisch“ lesbischer Frauen aber so unterschiedlich ausfallen wie ihre Therapeutinnen. Die „typische“ oder „richtige“ Lesbe ist Poluda zufolge ein Konstrukt, das weniger mit den lesbischen Frauen selbst zu tun habe, als vielmehr mit der keineswegs zufälligen gegenseitigen Wahl von Patientinnen und AnalytikerInnen, mit den Vorbewussten Bildern der Analytikerinnen vom Lesbisch-

Sein und mit deren abgewehrten eigenen homosexuellen Anteilen.

Poluda fragt sich, ob „Homosexualität“, wenn schon keine pathologische, dann überhaupt eine einheitliche Kategorie, neben einer entsprechenden Kategorie „Heterosexualität“ darstellt. Sie kommt aufgrund ihrer Analyse der Falldarstellungen und ihrer eigenen Erfahrungen mit lesbischen Klientinnen zu der Überzeugung, dass Homosexualität keiner zu vereinheitlichenden Gruppe von psychischen Strukturen entspricht, dass Homo- und Heterosexualität keine sich gegenseitig ausschließenden Alternativen darstellen, sondern dass es nur eine Sexualität mit verschiedenen polarisierten Dimensionen – u.a. einem homo- und einem heterosexuellen Pol – gibt, die sich in den verschiedensten historischen Formen manifestieren. Nach Poluda geht es bei der Polarität homosexuell – heterosexuell auf psychischer Ebene weniger um ein Entweder – Oder als um ein individuelles Mehr oder Weniger.

Insgesamt lässt sich zur psychoanalytischen Theorienbildung sagen, dass sich die Pathologisierung homosexueller Lebensweisen gelockert hat, aber noch längst nicht als überwunden gelten kann (Dannecker, 2001).

4. Die Erarbeitung von Empfehlungen für die psychotherapeutische Arbeit mit lesbischen Frauen

Aufgrund der langjährigen Arbeit mit lesbischen Frauen in unserer Beratungsstelle ist es uns ein Anliegen, dazu beizutragen, die immer noch bestehenden Hürden und Hindernisse für lesbische Frauen auf dem Weg zu einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung auszuräumen. Wir halten es für einen sinnvollen Weg, auf die Entwicklung größerer therapeutischer Fachkompetenz und die Erarbeitung von Qualitätsstandards für die praktische Arbeit mit lesbischen Frauen zu setzen.

Dazu haben wir in zwei getrennten Umfragen sowohl bei den TherapeutInnen (289 auswertbare Fragebögen) als auch



Universitätsklinikum Ulm

In der **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie** des Universitätsklinikums Ulm sind zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachfolgende Stellen zu besetzen:

Klinische Kinder- und Jugendpsychologen/innen

- in Teilzeit 75 %, befristet zunächst als Mutterschutzvertretung
- in Vollzeit, befristet zunächst für zwei Jahre

Eine Weiterbeschäftigung im Anschluss daran ist nicht ausgeschlossen.

Wir erwarten:

- abgeschlossenes Psychologiestudium
- Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (Fachrichtung Verhaltenstherapie)
- nachgewiesene wissenschaftliche Qualifikation durch abgeschlossene Promotion oder einschlägige wissenschaftliche Veröffentlichungen
- mehrjährige klinische Erfahrungen in Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Klinischer Kinderpsychologie.

Erwünscht ist eine Zusatzqualifikation als Psychologische/r Psychotherapeut/in.

Klinische/r Kinder- und Jugendpsychologe/in

- in Teilzeit 50 %, zunächst befristet

Eine Weiterbeschäftigung im Anschluss daran ist nicht ausgeschlossen.

Voraussetzungen:

- abgeschlossenes Psychologiestudium
- fortgeschrittene kinder- und jugendpsychotherapeutische Ausbildung (Fachrichtung Verhaltenstherapie) mit absolvierten Praktika
- Interesse an wissenschaftlicher Arbeit und Promotion
- Vorerfahrungen in Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Klinischer Kinderpsychologie

Nähere Informationen zur Klinik unter www.uni-ulm.de/klinik/kjp.

Die Universität strebt eine Erhöhung des Anteils von Frauen an und bittet deshalb qualifizierte Psychologinnen ausdrücklich um ihre Bewerbung.

Bewerbungen, die bis zum 30.01.2007 nicht beantwortet werden, gelten als abgelehnt.

Bewerbungen werden innerhalb von drei Wochen erbeten an:

Universitätsklinikum Ulm

Herrn Professor Dr. Jörg M. Fegert

Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
89070 Ulm

Tel.: 0049 731 5 00 - 6 16 00 / 01

E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Vollzeitstellen sind grundsätzlich teilbar.

Schwerbehinderte werden bei entsprechender Eignung vorrangig eingestellt.

Die Einstellung erfolgt durch die Verwaltung des Klinikums im Namen und im Auftrag des Landes Baden-Württemberg.

bei lesbischen Klientinnen (111 auswertbare Fragebögen) versucht, Aufschluss darüber zu bekommen, mit welchen speziellen Schwierigkeiten lesbische Frauen heute in einer Psychotherapie rechnen müssen (Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.v., 2003). In den Fragebögen für die Klientinnen geben diese u.a. darüber Auskunft, wie sie den Umgang von TherapeutInnen mit ihrem Lesbisch-Sein erlebt haben und welche Wünsche sie diesbezüglich an TherapeutInnen haben. Aus diesen Umfrageergebnissen, aus der Fachliteratur und unseren Beratungserfahrungen haben wir in einem zweiten Schritt einige vorläufige Empfehlungen für die praktische therapeutische Arbeit abgeleitet. Diese Empfehlungen haben wir in einem weiteren Schritt in einem Arbeitskreis von Kieler Psychotherapeutinnen und Beraterinnen zur Diskussion gestellt und in einem Konsensfindungsprozess soweit modifiziert, bis alle Beteiligten zustimmen konnten. Die im folgenden kurz zusammengefassten Empfehlungen sind vorläufiges Ergebnis dieses Prozesses.

Um den Diskussionsprozess weiterzuführen, wünschen wir uns auf konkreter Ebene Rückmeldungen zu Erfahrungen im Umgang mit den empfohlenen Vorgehensweisen, weitere Anregungen und Ergänzungen. Darüber hinaus hoffen wir auf eine Ausweitung des Diskurses zu diesem Thema in der Fachöffentlichkeit. Offen für uns ist bisher noch die Frage, ob und inwieweit Modifikationen auf der Grundlage unterschiedlicher Therapieverfahren nötig und sinnvoll sind und wie dieses Thema stärker Eingang in Aus- und Weiterbildungs-Curricula für PsychotherapeutInnen finden kann.

5. Empfehlungen für die therapeutische Arbeit

5.1. Wertschätzende Grundhaltung

Als der wichtigste Punkt für die Therapie mit lesbischen Frauen gilt sowohl in der Fachliteratur als auch bei den von uns befragten Frauen eine die lesbische Lebensweise wertschätzende Grundhaltung. Dazu gehören Offenheit der lesbischen Klientin gegenüber, das Fehlen von Diskri-

minierung, Abwertung und Pathologisierung der lesbischen Lebensweise und eine Akzeptanz und Anerkennung der Homosexualität als eine der Heterosexualität gleichwertige, an sich nicht pathologische Variante des sexuellen Begehrens.

Auf das Fehlen einer solchen Grundhaltung reagieren lesbische Frauen äußerst sensibel. Sie verspüren dann eine Atmosphäre, in der es ihnen gefährlich erscheint, offen über ihre sexuelle Orientierung zu sprechen (Falco, 1993), und nicht selten kommt es zum Abbruch der Therapie.

In den Studien der letzten Jahre werden aufgrund der gestiegenen Akzeptanz weniger offensichtliche, sondern zunehmend subtilere Formen der Diskriminierung und Abwertung von Lesben ausgemacht. Subtile Abwertungen von Seiten der PsychotherapeutInnen geschehen häufig nicht in abwertender Absicht, sondern eher aus Unwissenheit und Unsensibilität. Für eine Klientin sind auch solche unabsichtlichen Abwertungen in einer Situation, in der sie sich einer/einem Therapeutin/en in ihren intimsten Gefühlen und Gedanken offenbart oder sich gerade in einer Krisensituation befindet, sehr verwirrend, schmerzlich und schwer zu verkraften. Da auch den bemühtesten TherapeutInnen aufgrund ihrer Sozialisation in einer Homosexualitätsdiskriminierenden Gesellschaft subtile Abwertungen und Diskriminierungen gelegentlich unterlaufen werden, ist der Umgang damit auf Seiten der/des Therapeutin/en von zentraler Wichtigkeit für die therapeutische Beziehung. Die von lesbischen Frauen häufig entwickelte ausgeprägte „Hellhörigkeit“ bzgl. subtiler Abwertungen sollte als Ausdruck ihrer Diskriminierungserfahrungen in einer heterozentristischen Gesellschaft gesehen und nicht als Symptom einer psychischen Störung missverstanden werden. Wenn die Klientin ihre Irritation über die Bemerkungen oder das Verhalten der/des Therapeutin/en ausdrückt, kommt es für die/den Therapeutin/en darauf an, erschüttertes oder gar zerstörtes Vertrauen wieder aufzubauen, indem sie/er dieser Irritation Raum gibt, sich ausführlich um Verständnis der Irritation bemüht, ihr/sein eigenes Verhalten kritisch hinterfragt und

ggf. ihre/seine diesbezügliche Unzulänglichkeit der Klientin gegenüber eingesteht.

Es sind allerdings nicht nur Abwertungen und Diskriminierungen, die zu Skepsis oder Verletzungen auf Seiten der Klientin führen können, sondern auch das Leugnen von tatsächlich bestehenden Unterschieden in der Lebenssituation von lesbischen und heterosexuellen Frauen.

Bei dem Bestreben von PsychotherapeutInnen, sich von Vorurteilen, Pathologisierungen und Diskriminierungen zu befreien, werden zunehmend die Unterschiede, die zwischen heterosexuellen und lesbischen Frauen z.B. in ihren Erfahrungen, ihrer Lebensweise, in der Gestaltung ihrer Liebesbeziehungen tatsächlich bestehen, übersehen. Oder es werden die immer noch häufig erlittenen Diskriminierungserfahrungen lesbischer Frauen im Sinne einer vordergründig wohlmeinenden Haltung der politisch korrekten Toleranz bagatellisiert („Das ist doch heute kein Problem mehr“). D.h. von den TherapeutInnen wird oftmals nicht die Unterscheidung realisiert, dass die gleichgeschlechtliche Orientierung selbst nichts mit psychischer Gesundheit oder Krankheit zu tun hat, dass aber die Bedingungen, unter denen Lesben trotz zunehmender Akzeptanz in unserer Gesellschaft leben, nach wie vor mehr oder weniger große Schwierigkeiten bieten und zu zusätzlichen, sekundären psychischen Problemen führen können (Rauchfleisch et al., 2002).

5.2 Bewusstheit der TherapeutInnen über das Ausmaß der eigenen homosexuellen Anteile, der eigenen heterosexistischen Voreingenommenheit und Homophobie

Um eine wertschätzende Grundhaltung einnehmen zu können, ist es hilfreich, ein Wissen um den in unserer Gesellschaft vorherrschenden Heterozentrismus, über die von den Individuen internalisierte Homophobie und auf dieser Grundlage ein Bewusstsein über die eigene Einstellung zur Homosexualität zu haben. Um Empathie zu erleichtern und Gegenübertragungsprobleme zu vermeiden, wäre es darüber hinaus wünschenswert, wenn TherapeutInnen sich klar sind über die

eigenen homosexuellen Anteile und die damit verbundenen Gefühle (Rauchfleisch et al., 2002; Wiesendanger, 2001).

5.3 Hinterfragen überholter pathologisierender Erklärungsansätze und eigener Alltagstheorien zur Entstehung des Lesbisch-Seins

Homosexualität gilt heute als eine der Heterosexualität gleichwertige, an sich nicht pathologische Variante des sexuellen Begehrens (Rauchfleisch et al., 2002; Wiesendanger, 2001), für die es keine spezielle Erklärungsbedürftigkeit gibt. Dennoch greifen TherapeutInnen in Unkenntnis neuerer Forschungen nicht selten auf veraltete pathologisierende Theorieansätze oder aber auf unreflektierte Alltagstheorien zurück, um sich z.B. die Entstehung einer lesbischen Orientierung zu erklären.

Eine nach wie vor bei TherapeutInnen häufig anzutreffende Vermutung ist z.B. die, dass die Entwicklung einer lesbischen Orientierung im Zusammenhang mit lebensgeschichtlich erfahrenen Defiziten und speziell mit sexuellen Traumatisierungen durch Männer stehe. Es gibt jedoch derzeit weder wissenschaftlich begründete Hinweise auf ein Zutreffen dieser Hypothese noch eine wissenschaftlich abgesicherte Theorie über das Entstehen einer lesbischen sexuellen Orientierung allgemein.

Die Entstehungsgeschichte der lesbischen Orientierung einer Klientin ist normaler-

weise nicht Thema einer Psychotherapie und in der Regel kein Anliegen der Klientin selbst. Das Thematisieren der Entstehungszusammenhänge der sexuellen Orientierung von Seiten der/des Therapeuten/in werten lesbische Klientinnen meist als fehlende Akzeptanz ihrer Lebensweise.

Gelegentlich kommt es jedoch auch vor, dass die Klientin selbst nach Erklärungen für ihr Lesbisch-Sein sucht. Dies ist häufig Ausdruck ihrer tiefen Verunsicherung über ihre Identität als Folge der gesellschaftlichen Pathologisierung von Homosexualität und einer Suche nach Halt (Eden & Wolterreck, 1990).

5.4 Wissensaneignung über lesbische Lebensweisen und spezifische Belastungen in der Biographie von Lesben

In früheren Studien zu TherapeutInnen-Einstellungen wurde deutlich, dass TherapeutInnen zwar relativ positive Einstellungen zur Homosexualität hatten, ihnen aber häufig ein fundiertes Fachwissen und Kenntnisse über die Lebenssituation von Schwulen und Lesben fehlen (Falco, 1993). Gründe dafür sind u.a. auch die Tatsache, dass dieses Thema in Therapieausbildungen in der Regel nicht vorkommt und die entsprechende aktuelle Fachliteratur rar und schwer zugänglich (meist englischsprachig) ist.

Wie es für eine/n Therapeutin/en selbstverständlich ist, bei anderen Themenbereichen, zu denen es keinen eigenen

unmittelbaren persönlichen Bezug gibt, Interesse aufzubringen und sich ein Basiswissen anzueignen, ist eine solche Haltung auch bzgl. lesbischer Lebenszusammenhänge wünschenswert. Das Wissen um die Lebenssituation lesbischer Frauen ist nicht etwas, das sich quasi von selbst versteht, sondern muss speziell angeeignet werden. Auch wenn die Klientin die Expertin für die Spezifika lesbischer Lebensweisen ist, ist es primär die Aufgabe der/des Therapeuten/en, sich zumindest in groben Zügen auch außerhalb des therapeutischen Kontakts zu informieren.

Es geht allgemein um die Entwicklung einer speziellen Sensibilität für bestimmte Themen und deren Auswirkungen auf die Biographie (z.B. das Verbergen zentraler Aspekte der eigenen Identität, die besonderen Belastungen eines Coming-out, die Selbstdestruktivität der internalisierten Homophobie, die Auswirkungen von gesellschaftlicher Diskriminierung oder des „Unsichtbar-Machens“ lesbischer Lebensweisen, das Fehlen von positiven Rollenmodellen) und um ein Wissen über konkrete Alltagserfahrungen lesbischer Frauen (z.B. lesbische Paardynamiken und Konfliktfelder, typische Erfahrungen in der „Lesbenszene“, Familienprobleme, Probleme lesbischer Mütter und von Lesben im Alter).

Es kommt dabei u.a. auch darauf an, die Ähnlichkeiten in den Lebens- und Erfahrungswelten von lesbischen und heterosexuellen Frauen zu sehen, vor allem aber

PSYCHOHOLIC®
Psychologie & Neuromedien

EDV in der psychotherapeutischen Praxis schenkt Ihnen viel Zeit für das Wesentliche

DiagnoPro

Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Gutachten

- entwickelt von Experten für Experten
- einfach zu bedienen und übersichtlich aufgebaut
- komplette Kassenanträge innerhalb kürzester Zeit

alle Informationen
und weitere Programme auf
www.psychoholic.de

Platanenallee 113 - 42897 Remscheid - Tel.: 02191-4627495 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

auch die Unterschiede nicht zu leugnen. Lesben fühlen sich oft nicht ernst genommen durch z.B. eine Gleichsetzung lesbischer und heterosexueller Beziehungserfahrungen, die bei aller Ähnlichkeit in der Regel doch einige deutliche Unterschiede aufweisen (Eden & Woltereck, 1990; Falco, 1993, Rauchfleisch et al., 2002; Wiesendanger, 2001).

5.5 Stärkung des Selbstwertgefühls der Klientin als lesbische Frau und eines selbstbewussten Umgangs mit Diskriminierungserfahrungen

TherapeutInnen, die lesbischen Klientinnen gerecht werden, sind in der Lage, auf eine aktive Art und Weise die Gleichwertigkeit dieses Lebensstils aufzuzeigen. Dies ist u.a. notwendig, um das Selbstwertgefühl der Klientin in einer allseits heterosexuell organisierten und Homosexualität ablehnenden Umwelt zu stärken. Gleichzeitig kommt es darauf an, die spezifischen Stärken, die offen lesbisch lebende Frauen in einer sie in besonderer Weise herausfordernden Auseinandersetzung mit dieser Umwelt entwickelt haben, im Blick zu haben und anzuerkennen.

Die von der Klientin berichteten Diskriminierungserfahrungen sollten von der/dem Therapeutin/en nicht geleugnet oder verharmlost werden. Stattdessen geht es darum, den Blick der Klientin für Diskriminierungen, die sie selbst oft genug bagatellisiert, zu schärfen, als solche zu benennen und damit die Voraussetzung für die Erarbeitung effektiver Selbstbehauptungsstrategien zu schaffen.

5.6 Phasenspezifisches Vorgehen bei Coming-out-Problemen

Die Mehrzahl der lesbischen Klientinnen begibt sich nicht wegen etwaiger Probleme mit ihrer sexuellen Orientierung in Therapie, sondern wegen allgemeiner psychischer Probleme. Falls es in der Therapie doch um ein Coming-out geht, ist ein phasenspezifisches Vorgehen angezeigt (Rauchfleisch et al., 2002; Wiesendanger, 2001).

In der Phase des „Prä-Coming-out“ geht es darum, überhaupt zu erkennen, dass eine Klientin sich zu Frauen hingezogen

fühlt, d.h. sensibel zu sein gegenüber entsprechenden Signalen der Klientin, aber auch gegenüber ihren berechtigten Ängsten und sie darin zu unterstützen, sich der/dem Therapeutin/en anzuvertrauen und die lesbischen Empfindungen zu akzeptieren.

In der Phase des „eigentlichen Coming-out“, der Phase der zunehmenden inneren Akzeptanz des Lesbisch-Seins, hilft es der Klientin, ohne Druck dazu ermutigt zu werden, sich zunächst einem Kreis mehr oder weniger ausgewählter Außenstehender zu offenbaren. Dabei lassen sich einerseits die Belastungen und andererseits die Entlastungen sowohl eines Coming-out als auch der Aufrechterhaltung einer heterosexuellen Fassade berücksichtigen und besprechen.

In der Phase des „integrierten Coming-out“ ist die lesbische Lebensweise meist zur Selbstverständlichkeit geworden, so dass das Thema in den Hintergrund tritt. Die in der alltäglichen Interaktion im Lebensumfeld immer wieder auftretenden Situationen, die ein Coming-out erfordern, können in der Regel ohne stärkere emotionale Labilisierung bewältigt werden. Gelegentlich tritt das Thema in Rahmen übergeordneter Themenbereiche (z.B. soziale Kompetenzprobleme) in Psychotherapien auf.

Die Schwierigkeiten der Klientin, über Probleme mit dem Lesbisch-Sein zu sprechen, wird von TherapeutInnen oft unterschätzt, besonders dann, wenn die TherapeutInnen sich ihrer eigenen wertschätzenden Haltung dieser Beziehungsform gegenüber sicher sind. TherapeutInnen gehen oft davon aus, dass die Klientinnen, wenn sie nicht über Probleme mit dem Lesbisch-Sein reden, auch keine Schwierigkeiten damit haben (Falco, 1993). Das kann für offen lesbisch lebende Frauen durchaus zutreffend sein. Ein Ansprechen des Themas von Seiten der/des Therapeutin/en kann hier Irritationen auslösen. Das Schweigen der Klientin über ihre lesbische Lebensweise oder über ihre Probleme damit kann jedoch auch Ausdruck ihres Argwohns und ihrer Vorsicht sein. Dieses Verhalten kann als eine realitätsgerechte Anpassung an eine z.T. immer noch ho-

mosexualitätsfeindliche Umgebung gesehen werden (Gissrau, 1993). Bei Klientinnen in der Phase des Prä-Coming-out ist ein Nicht-Ansprechen der Thematik durch die/den Therapeutin/en ausgesprochen problematisch, da sich dadurch die Homophobie der Klientin verstärken kann (Rauchfleisch u.a., 2002). Hier kommt es auf ein „Fingerspitzengefühl“ der/des Therapeutin/en an, die passenden Formulierungen zu finden.

5.7 Offenheit und Sensibilität bzgl. für lesbische Frauen bedeutsame Themen und Aspekte des therapeutischen Prozesses

TherapeutInnen beschäftigen sich in der Therapie oft ausgiebig mit der „Weiblichkeit“ der Klientin (Rauchfleisch et al., 2002). Lesbische Frauen haben sich oftmals dem Druck zu konventionellem weiblichen Geschlechtsrollenverhalten entzogen und ein eigenes Weiblichkeitsverständnis entwickelt. Statt diese Haltung kritisch zu hinterfragen, geht es – wenn es denn tatsächlich Probleme in diesem Bereich auf Seiten der Klientin gibt – darum, in differenzierter Weise die Kosten als auch den Nutzen von Verstößen gegen traditionelle Geschlechtsrollen-Vorschriften zu beleuchten (Rauchfleisch et al., 2002).

Da lesbische Frauen gleich in zweifacher Hinsicht – sowohl als Frau als auch als Lesbe – zu einer gesellschaftlich diskriminierten Gruppe gehören, sind sie oftmals besonders sensibilisiert für das Betonen oder gar Ausnutzen von Machtunterschieden. Hier ist eine besondere Feinfühligkeit der/des Therapeutin/en im therapeutischen Kontakt gefordert, die die Gleichwertigkeit beider Personen in den Vordergrund stellt.

Da gleichgeschlechtlich orientierte KlientInnen weniger unreflektiert und automatisch von der heterosexuellen Orientierung anderer Menschen ausgehen und da sie in einer ebenfalls gleichgeschlechtlichen Ausrichtung der/des Therapeutin/en einen Schutzfaktor vor einer Abwertung und Pathologisierung ihrer eigenen Lebensweise sehen, sind sie häufig mit der Frage beschäftigt, welche sexuelle Orientierung die/der Therapeut/in hat. Für die Klientin

kann daher die Offenlegung der sexuellen Orientierung der/des (schwulen/lesbischen, aber auch der/des heterosexuellen) Therapeutin/en entlastend wirken und eine Art „vertrauensbildende Maßnahme“ darstellen, bei heterosexuellen TherapeutInnen besonders dann, wenn die Offenlegung mit wertschätzenden Bemerkungen zu gleichgeschlechtlichen Lebensweisen verbunden wird. Eine solche Offenlegung sollte störungs- und therapieschulenspezifische Erfordernisse und die Art des therapeutischen Kontakts berücksichtigen.

5.8 Entlastung und Vertrauensbildung durch konkrete praktische Maßnahmen

Besonders im Coming-out-Prozess ist es für die Klientin sehr hilfreich und sicher auch vertrauensbildend, wenn die/der Therapeut/in weiß, wie eine Klientin sich Informationen über aktuelle Angebote für Lesben (z.B. spezielle Beratungsstellen,

Treffpunkte, Coming-out-Gruppen etc. in der Region) verschaffen kann .

Auch die Vermeidung heterozentristischer Formulierungen im Gespräch , aber auch in der Gestaltung von Fragebögen und anderem schriftlichen Material (z.B. die Frage nach „dem Partner“) ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Wenn die Möglichkeit, dass die Klientin keine heterosexuelle, sondern eine gleichgeschlechtliche Beziehung führt, in den Formulierungen berücksichtigt wird, vermittelt dies den Eindruck, dass eine gleichgeschlechtliche Orientierung selbstverständlich in Erwägung gezogen und akzeptiert wird.

Auch ein Eingeständnis von Verständnisgrenzen auf Seiten der/ des Therapeutin/en kann – besonders, wenn es zusammen mit einem weiter bestehenden Interesse der/des Therapeutin/en am Erleben der Klientin vermittelt wird – für diese sehr entlastend sein. Verständnisprobleme auf

Seiten der/s Therapeutin/en machen ein genaues Nachfragen nötig, mit der Chance, dass Missverständnisse und Verletzungen verhindert werden.

Wenn die/der Therapeut/in bei sich einen Mangel an Interesse, eine eher distanzierte oder ablehnenden Haltung lesbischen Frauen gegenüber empfindet, ist es geboten, lesbische Frauen mit einem Therapieanliegen an KollegInnen weiterzuvermitteln.

Literatur

- Alves, E.-M. (Hrsg.). (1993). *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. Freiburg: Kore.
- Alves, E.-M. (1993): *Stumme Liebe: Ein Vorwort*. In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 5-10). Freiburg: Kore.
- Blessing, A. (1990). *Erfahrungen einer nicht-lesbischen Therapeutin in der Ar-*



Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Schön Kliniken




9. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)



Workshoptagung der European Society for Traumatic Stress Studies (EWOTS)

Traumafolgen – alles Posttraumatische Belastungsstörung oder was?

Zu den Grenzen in der Psychotraumatologie

10.–13. Mai 2007, Hamburg

Kongressleitung: Dr. med. B. Osen, Dr. med. V. Heidrich, Dr. phil. J. Graul

Anmeldung von Vorträgen, Postern, Workshops über:
Tagungssekretariat Frau S. Busse
Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt, Tel. 04192 504-610, Fax 04192 504-607

Anmeldung eigener Beiträge bis: 01.02.2007

Weitere Informationen:
kongress@schoen-kliniken.de, www.kongress-degpt.de



**AON Institut für
Tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie & Supervision (ITFPS)**

Postgraduierten- Aus / Fortbildung in tiefenpsychologisch fundierter Supervision

für psychologische / ärztliche Psychotherapeuten
und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten,
Ehe-, Paar- und Sozialtherapeuten

- Integration tiefenpsychologischer und humanistischer Sichtweisen
- die Gruppe und ihre Dynamik
- die Intervention der Intervention
- Dynamik unterschiedlicher organisatorischer Kontexte (Teams in Institutionen)
- professionelle Identität als Supervisor/-in

Akkreditierung als Supervisor/-in durch PTK & ÄK ist möglich und 217 Fortbildungspunkte sind beantragt.

Info & Anmeldung:

Beginn: 20. – 22. April 2007
Dauer: 7 Module verteilt auf 1 Jahr
Kosten: € 450,- pro Modul
Ort: 58453 Witten, Stockumer Str. 28
Telefon: 0 23 02 / 42 34 00
E-Mail: supervision@aeon-institut.info
www.aeon-institut.info

- beit mit lesbischen Frauen – Eine Lehrzeit in drei fiktiven Ausbildungsabschnitten. In W. Dürmeier, G. Eden & M. Günther (Hrsg.), *Wenn Frauen Frauen lieben ... und sich für Selbsthilfe-Therapie interessieren*. (S. 106-114). München: Frauenoffensive.
- Dannecker, M. (2001). Das verschwundene Problem: Homosexualität und Psychoanalyse. In Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.), *Beratung von Lesben und Schwulen. Dokumentation der VII. Fachtagung des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP) „Selbstverständlich. Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen“*, München, 7.-9. April 2000. S. 20-51.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.). (2001). *Beratung von Lesben und Schwulen. Dokumentation der VII. Fachtagung des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP) „Selbstverständlich. Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen“*, München, 7.-9. April 2000.
- Dürmeier, W., Eden, G. & Günther, M. (Hrsg.). (1990). *Wenn Frauen Frauen lieben ... und sich für Selbsthilfe-Therapie interessieren*. München: Frauenoffensive.
- Dürmeier, W. (1990). Unterwegs im Psychotherapie-Dschungel – Ein Leitfaden für lesbische Frauen. In W. Dürmeier, G. Eden & M. Günther (Hrsg.), *Wenn Frauen Frauen lieben ... und sich für Selbsthilfe-Therapie interessieren*. (S. 209-240). München: Frauenoffensive.
- Eden, G. & Wolterreck, B. (1990). Die therapeutische Arbeit mit lesbischen Frauen: Besonderheiten und Anregungen. In W. Dürmeier, G. Eden & M. Günther (Hrsg.), *Wenn Frauen Frauen lieben ... und sich für Selbsthilfe-Therapie interessieren*. (S. 30-46). München: Frauenoffensive.
- Falco, K. L. (1993). *Lesbische Frauen: Lebenswelt – Beziehungen – Psychotherapie*. Mainz: Matthias Grünewald.
- Frossard, J. (2000). *Lesbische Frauen in der Psychotherapie*. Dissertation Universität Basel.
- Geier, B. & Blessing, A. (1992). Lesben und lesbische Paarbeziehungen. In H. Bilden (Hrsg.), *Das Frauentherapie-Handbuch*. (S. 63-71). München: Frauenoffensive.
- Gissrau, B. (1993). *Die Sehnsucht der Frau nach der Frau. Das Lesbische in der weiblichen Psyche*. Zürich: Kreuz.
- Gissrau, B. (1993). Sympathie für die „Anormalität“? Ist Homosexualität an sich eine Krankheit? In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 11-44). Freiburg: Kore.
- Poluda-Korte, E.S. (1993). Der „lesbische Komplex“: Das homosexuelle Tabu und die Weiblichkeit. In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 73-132). Freiburg: Kore.
- Poluda, E.S. (2000). Das Bild der lesbischen Frau in der Psychoanalyse. *Psyche*, 4, 322-353.
- Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna clara e.v. (Hrsg.). (2003). *Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Hintergründe, Umfrageergebnisse und Empfehlungen*. Kiel 2003. Verfügbar unter: http://www.donnaklara.de/psych/pdf_brosch/auswert_gesamt.pdf.
- Rauchfleisch, U., Fossard, J., Waser, G., Wiesendanger, K., Roth, W. & Frossard, J. (2002). Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schreurs, K. (1994). Sozialwissenschaftliche Forschung zum Thema lesbische Identität und lesbische Partnerschaften. In *Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation des Referates für gleichgeschlechtliche Lebensweisen Berlin Nr. 9*, 17-49.
- Streit, M. (2001). *Selbstverständlich lesbisch?* VLSP-Materialien, Heft 6.
- Wiesendanger, K. (2001). *Schwule und Lesben in Psychotherapie, Seelsorge und Beratung. Ein Wegweiser*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zeul, M. (1993). Klinische Anmerkungen zur weiblichen Homosexualität. In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 163-188). Freiburg: Kore.

„Sexualtherapeutische Weiterbildung“
in Hamburg, Curriculum II der Deutschen
Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
für psychologische und ärztliche
Psychotherapeut(inn)en

**TEIL I: Paartherapie nach dem
Hamburger Modell:**

- dreiwöchiger Intensivkurs mit Durchführung einer Therapie (30. 06.–21. 07. 2007).
- zwei katamnestische Seminare (Nov. 07, Jan. 09).
- regionalisierte Supervisionsgruppen in 2008 (zehn Gruppensitzungen).

**TEIL II: Vier praktisch und theoretisch
ausgerichtete Wochenendseminare
inklusive themenzentrierter
Selbsterfahrung:**

Sexuelle Traumatisierung (März 2008)/
Perversionen – Paraphilien (Mai 2008)/
Störungen der Geschlechtsidentität
(September 2008)/
Sexualberatung (Dezember 2008).

Es kann ein **Zertifikat Sexualtherapie** der
DGfS (erfolgr. Abschluss Teil I + Teil II)
erworben werden. Akkreditierung
beantragt. **Anmeldeschluss: 31. Jan. 2007.**

**Für weitere Informationen
wenden Sie sich an:**

kleber@uke.uni-hamburg.de
Dr. R. A. Kleber, Institut für
Sexualforschung und
Forensische Psychiatrie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistrasse 52, 20246 Hamburg
040 4 28 03 77 60 (tel.)/69 (fax)

Lisa Schneider

Psychologische Psychotherapeutin
Psychosoziale Frauenberatung
donna clara e.v.
Goethestr. 9
24116 Kiel
Psychosozial@donnaklara.de
www.donnaklara.de